Über

die traumatischen Neurosen.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

hohen medizinischen Fakultät der kgl. bayr.

Friedrich-Alexander-Universität Erlangen

vorgelegt

von

Simon Lewek

aus Bromberg.

Erlangen.

Druck von Aug. Vollrath's k. b. Hofbuchdruckerei.

1891.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät zu Erlangen.

Referent: Herr Professor Dr. Strümpell.

Seinen teuren Eltern

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535709_0088

In den letzten Jahrzehnten ist das Interesse der Ärzte auf einen eigentümlichen Symptomencomplex gelenkt worden, den man häufig nach schweren Verletzungen und Erschütterungen des ganzen Körpers beobachten kann. Diejenigen Erkrankungen jedoch, die wir nach gröberen Verletzungen der nervösen Centralorgane auftreten sehen, gehören nicht hierher, sondern, wie wir speciell auf dem Gebiete der Krankheiten des Nervensystems Krankheitsformen kennen, bei denen wir trotz der auffälligsten, ja sogar bedrohlichsten Erscheinungen intra vitam, keine nachweisbaren anatomischen Veränderungen post mortem finden können, ich erinnere nur an die Epilepsie, Chorea, Hysterie, so müssen wir auch zu diesen Erkrankungen jenen oben erwähnten Symptomencomplex rechnen, der zur Aufstellung eines besonderen Krankheitsbildes geführt hat.

Ein genaueres Studium und eine genauere Beschreibung hat diese Erkrankungsform erst in den letzten Jahrzehnten erfahren, und da sie am häufigsten im Anschluss an Verletzungen bei Eisenbahnunfällen beobachtet wurde, nannte sie der englische Arzt John Erichsen, der das Leiden für ein spinales hielt, railway spine (Eisenbahnrückgrat) und begründete seine Ansicht in seiner Abhandlung: On railway and other injuries of the nervous system. (Deutsch von Kelp Oldenburg 1868).

Seine Ansicht über diese Krankheitsform fasst er in den Worten zusammen: „Welches auch die primäre Wirkung der Rückenmarkserschütterung sei, der bleibende Effect ist immer Entzündung des Rückenmarks und seiner Häute.“ Als nun im Jahre 1871 das Reichsgesetz in Bezug auf die Haftpflicht zu stande kam, war es natürlich, dass von Seiten der Ärzte dieser Erkrankungsform ein grösseres Interesse zugewandt wurde, da häufig an diese, bei der forensischen Bedeutung der Fälle, die Anforderung gestellt wurde, über Simulation oder Krankheit zu entscheiden und etwaige Entschädigungsansprüche zu begründen. Es wurden nun von allen Seiten einschlägige Fälle veröffentlicht, die dazu beitrugen, den Symptomencomplex dieser eigentümlichen Krankheit zu vervollständigen. In ihren Lehrbüchern über Rückenmarkskrankheiten berücksichtigen Leyden und Erb den „Railway spine“ in ausführlichen Abhandlungen, schliessen sich jedoch ganz der Auffassung Erichsens an. Erb sagt in seinem Buche: „Beginn mit sehr unbedeutenden Symptomen, nach kürzerer oder längerer Zeit Entwickelung eines progressiven, schweren Spinalleidens. Ausgang zweifelhaft.“

Im Jahre 1879 erschien die erste monographische Bearbeitung dieser Krankheit durch Rigler („Über die Folgen der Verletzungen auf Eisenbahnen, insbesondere der Verletzungen des Rückenmarks. Mit Hinblick auf das Haftpflichtgesetz dargestellt“), der als Bahnarzt Gelegenheit hatte ein reichliches Material, 37 Fälle, zusammenzustellen. Obgleich auch er an der alten Erichsen'schen Theorie festhält und in allen den Fällen, bei denen er nicht die Symptome einer Myelitis oder Meningomyelitis findet, Simulation anzunehmen geneigt ist, so war er doch der erste, der die Aufmerksamkeit auf das psychische Moment bei der Verletzung, auf den Schreck und die Folgen desselben für die Psyche lenkte. Diesen Erscheinungen wurde nun in der Zukunft immer

mehr und mehr Beachtung geschenkt und die Bedeutung derselben in so hohem Masse gewürdigt, dass Moeli in einem Vortrage: „Über psychische Störungen nach Eisenbahnunfällen“ (Berliner klinische Wochenschrift 1881) als ursächliches Moment für diese den Schreck und die Aufregung nannte.

Ein weiterer Schritt zur Erkenntniss des cerebralen Leidens geschah durch Oppenheim und Thomsen, die bei einer Reihe von Patienten als ein häufiges Symptom nach Kopfverletzung und allgemeinen Körpererschütterungen sensorische Anaestesieen fanden, so dass zwei amerikanische Forscher Walton und Putnam vorschlugen, an die Stelle des „Railway spine“ den Namen „Railway brain“ (Eisenbahngehirn) zu setzen. In neuerer Zeit nun trugen hauptsächlich die Untersuchungen Charcots und seiner Schüler viel zur Klärung bisher noch ganz unbekannter Thatsachen bei.

Zwar tritt Charcot auch energisch für die functionelle Natur des Leidens ein, indem er jede anatomische Veränderung im Gehirn und Rückenmark zurückweist, aber bewogen durch den häufigen Befund gewisser eigentümlicher Sensibilitätsstörungen, die man bereits als ein häufiges Symptom der Hysterie kannte, fasste er alle Fälle von Railway brain als reine Hysterie auf. Er begründete seine Ansicht dadurch, dass es ihm gelingt, bei hypnotischen Personen auf dem Wege der Suggestion durch einen leichten Schlag Lähmungen hervorzurufen, die den im Anschluss an Verletzungen entstandenen auch in Bezug auf ihr sensorielles Verhalten vollständig gleichen. Als ursächliches Moment für das Zustandekommen dieser Neurose beschuldigt auch Charcot den das Trauma begleitenden Schrecken und nimmt an, dass infolge dieser heftigen Einwirkung das Gehirn der traumatisch hysterischen sich unter denselben Bedingungen befinde, wie das hypnotischer Per-

sonen. Dieser Anschauung Charcots von dem Wesen und der Ätiologie der traumatischen Neurose tritt vor allem Oppenheim in einem im Archiv für Psychiatrie 1885 erschienenen Vortrage entgegen: „Weitere Mitteilungen über die sich an Kopfverletzungen und Erschütterungen (in specie Eisenbahnunfälle) anschliessenden Erkrankungen des Nervensystems", indem er dem starken körperlichen Trauma besonderes Gewicht beilegt und ferner darauf hinweist, dass die psychischen Störungen, die er an einem grossen Material beobachtet habe, nicht immer in den Rahmen der sogenannten hysterischen Psychosen hineinpassen. Seine eigene Anschauung über die traumatische Neurose legt Oppenheim in einem im Verein für innere Medizin gegebenen Referat nieder (Berl. klinische Wochenschrift 1888, No. 9) und fasst sie in folgende Worte zusammen:

1. „In der Mehrzahl der Fälle sind es die Elemente der Psychose und Neurose, aus denen sich das Symptomenbild zusammensetzt, also jener Krankheitszustände, denen eine nachweisbare anatomische Veränderung im Centralnervensystem nicht zu Grunde liegt. Selten ist es eine reine Psychose, wie die Melancholie, die Hypochondrie, die einfache Demens etc., oder eine reine Neurose, wie die Epilepsie, die Hysterie, die Neurasthenie etc., welche als Folge der Verletzung in die Erscheinung tritt, meist sind es Mischformen und von dem gewöhnlichen Typus abweichende Krankheitsbilder.

2. „In einem geringen Procentsatz dieser Fälle treten ausserdem Krankheitszeichen auf, die mit Bestimmtheit auf eine schleichend verlaufende organische Erkrankung des Nervensystems hinweisen (schwere Blasenstörungen, Pupillenstarre, Opticusatrophie)."

Was nun diese letzteren Fälle anbetrifft, bei denen sexuelle oder Blasenstörungen, Pupillenstarre etc. auftreten, so meint Strümpell, dass diese Erscheinungen

meistens auf gröbere organische Veränderungen hindeuten und daher nicht mehr zu den eigentlichen traumatischen Neurosen gerechnet werden dürfen.

In einem im Nürnberger ärztlichen Localverein gehaltenen Vortrage, der in der „Berliner Klinik“ Heft 3 zum Abdruck gelangte, weist Strümpell auf die praktische Wichtigkeit der Erkenntniss und der Diagnose dieses eigentümlichen Symptomencomplexes hin und fasst am Schluss seine Anschauung ungefähr in folgender Weise zusammen:

1. Das Krankheitsbild, welches nach heftigen allgemeinen Erschütterungen des Nervensystems häufig entsteht, ist am besten als allgemeine traumatische Neurose zu bezeichnen. Es hat grosse Ähnlichkeit „teils mit der Neurasthenie, teils mit der Hysterie, teils mit gewissen Psychosen (Melancholie, Hypochondrie.)“ Es ist möglich, dass neben den psychischen Einwirkungen die materielle Erschütterung eine Rolle spielt.

2. Bei örtlich einwirkenden Verletzungen besonders bei solchen der Glieder entstehen in den betroffenen Teilen häufig schwere nervöse Störungen, welche den hysterischen gleich sind.

3. Die Trennung zwischen allgemeiner und örtlicher traumatischer Neurose kann nicht streng durchgeführt werden, da Übergänge und Combination nicht selten vorkommen.

4. Ebenso kommen Combinationen von organischer Erkrankung des Nervensystems durch Verletzung mit Araumatischer Neurose vor.

5 „Endlich scheint zuweilen die allgemeine traumatische Neurose den Boden für die Entwicklung späterer organischer Erkrankungen (Paralyse, Tumoren) vorzubereiten.“

Vorstehende Ausführungen geben in kurzen Zügen die Entwickelung und die augenblicklich giltige Anschauung von dieser interessanten Krankheit wieder.

Was nun die Namen anbetrifft, die im Laufe der Jahre für diese Krankheit eingeführt wurden, so habe ich bereits oben auseinandergesetzt, dass man bald die Unzweckmässigkeit der Bezeichnungen: „Railway spine“ und „Railway brain“ erkannte, da mit diesen Bezeichnungen stets die Annahme einer gröberen Läsion des Rückenmarks oder Gehirns verbunden war. Nachdem man nun die functionelle Natur des Leidens erkannt, d. h. eine Erkrankung, die durch keine nachweisbare anatomische Verletzung des Centralnervensystems bedingt wird, so müssen wir denjenigen Bezeichnungen die grösste Berechtigung zuerkennen, aus denen man eben am leichtesten die funktionelle Natur unseres Leidens herauslesen kann. Dies ist der von Strümpell und Oppenheim eingeführte Name: „traumatische Neurose“, bei welchem der erste Teil uns die Ätiologie der Krankheit, das Trauma, angiebt, während der zweite Teil, die Neurose, uns die Abwesenheit gröberer Verletzungen bezeichnet und unsere Gedanken gleich auf eine Gruppe von Krankheiten hinlenkt, die, in engster Verwandtschaft mit der Hysterie, unter dem Namen „Neurosen ohne bekannte anatomische Grundlage“ zusammengefasst werden.

Ich will nun dazu übergehen, im Anschluss an die mir durch die Güte des Herrn Prof. Dr. Strümpell zur Veröffentlichung überlassenen Fälle, in Kürze die Symptomatologie dieser Krankheitszustände zu entwerfen und will dann zum Schluss noch einige neuere Arbeiten auf diesem Gebiete berühren.

Fall I.

A. E., 35 Jahre alt, Zimmermann.

Anamnese. Patient, der früher stets gesund ge-

wesen sein will, giebt an, am 19. Juli 1889 bei einem Neubau verunglückt zu sein. Während er im ersten Stock beschäftigt war, stürzte die zwei Stock hohe Giebelmauer über ihm zusammen; zwei Backsteine trafen seinen Kopf mit einer solchen Gewalt, dass er die Besinnung verlor und vom Gebälk zur Erde stürzte. Als er das Bewusstsein wieder erlangt hatte, fand er sich bis zu den Hüften mit Mauersteinen zugedeckt. Beim Versuch sich aufzuraffen, traf ihn noch ein Stein aufs linke Ohr, zwei andere an die Stirn, ohne jedoch grössere Wunden zu verursachen. Patient wurde bald nach Hause geschafft und zu Bett gebracht. Der Kopf und alle Körperteile, die von Steinen getroffen worden waren, schmerzten fürchterlich, er konnte sich im Bett nicht drehen und wenden, nicht einmal beim Essen seine Hände gebrauchen, da diese vollständig mit Schrunden bedeckt waren. Unmittelbar nach der Verletzung traten sehr heftige Kopfschmerzen auf, die auch noch bis heute fast unvermindert bestehen. Früher hatte er niemals an Kopfschmerzen gelitten, konnte, wie er sich ausdrückte, „mit seinem Kopf jede Ecke anrennen“, während jetzt Berührung oder Beklopfen des Kopfes heftige Schmerzen hervorruft. Seit jenem Sturz leidet Patient auch an heftigen Schwindelanfällen, die er vordem nie gekannt, und muss sich bei Beginn des Anfalles festhalten, um nicht zu fallen. Seine grosse Vergesslichkeit ist ihm selbst aufgefallen. Sachen, die er eine bis zwei Stunden vorher irgendwo aufbewahrt hat, weiss er nicht mehr zu finden. Nichts vermag ihn heiter zu stimmen oder zum Lachen zu veranlassen, er ist stets traurig und verstimmt. Die Sehstärke der Augen ist abgeschwächt, Patient kann immer nur einige Zeilen lesen, dabei hat er Flimmern vor den Augen (wie Gold); die Buchstaben treten dann doppelt auf und tanzen hin und her. Ohrensausen trat sehr häufig auf, ebenso Aufstossen. Eine Abstumpfung des Geschmacks ist ihm

selbst aufgefallen. Patient giebt an, dass in beiden Händen und ebenso in den Füssen, besonders im linken das Gefühl deutlich abgeschwächt sei. Nadelstiche zwischen den Fingern werden garnicht empfunden. Beim Gehen hat er das Gefühl, als ginge er mit dem linken Fuss auf Sand. Öfters treten reissende Schmerzen auf, die vom Rücken nach den Armen und nach den Beinen, besonders wieder nach dem linken ausstrahlen; zugleich mit diesen Schmerzen treten auch Zuckungen, besonders im Kopf und in den Armen auf. Der Kopf war bald kalt, bald fieberheiss, die Füsse waren immer kalt. Beim Wasserlassen fühlt Patient öfters ein schmerzhaftes Schneiden; der Stuhlgang war meistens diarrhoisch. Patient fühlt sich sehr schwach, der Schlaf ist unruhig und wird fast von Stunde zu Stunde durch schreckhafte Träume unterbrochen.

Status praesens 11. Februar 1890. Mittelgrosser, kräftig gebauter Mann, ohne Fieber, ohne Oedeme. Patient befindet sich in einer deprimirten Gemütsstimmung und ist beim Aufzählen seiner Leiden leicht zum Weinen geneigt, aber doch imstande Auskunft über die Entwicklung derselben zugeben. Am Hinterkopfe, etwa am hinteren oberen Ende des Scheitelbeins eine Narbe, die auf Druck und Beklopfen mit dem Percussionshammer schmerzhaft ist.

Pupillen von mittlerer Weite und guter Reaction, subjective Sehschwäche ist besonders am rechten Auge vorhanden. Der Farbensinn für „Rot“ und „Grün“ ist anscheinend nicht gestört; „Blau“ wird in allen Nüancen für „Grün“ gehalten, „Gelb“ mit dem rechten Auge für „Rot.“ Das Gesichtsfeld ist entschieden nach jeder Richtung eingeengt.

Das Gehör ist abgeschwächt; das Ticken der Uhr wird rechts auf 15 cm, links nur auf 5 cm Entfernung gehört. Bei der Geruchsprüfung wird constatiert, dass

die Empfindung fast vollständig erloschen ist. (Asa foetida, Oleum menthae wird nicht empfunden, Ammoniak wirkt nur reizend auf die Thränensecretion). Ebenso ist der Geschmack stark abgestumpft; Chinin und Salzsäure erzeugen gar keine mimische Geschmacksreaktion, grössere Mengen Zucker werden nur als schwach süss empfunden.

Eine umschriebene Lähmung ist nirgends vorhanden; in den Armen (namentlich beim Händedruck) sind deutliche Paresen nachzuweisen.

Beim Ausstrecken der Arme tritt starkes nervöses Zittern auf, ebenso in den Beinen beim Sitzen. Am linken oberen Vorderarm ist totale Anaesthesie und Analgesie vorhanden, ebenso an der linken Wange und an einer begrenzten Stelle des linken Fusses.

Am 13. Februar wird Patient entlassen.

II. Spitalaufenthalt.

Am 7. September wird Patient wieder ins Spital aufgenommen. Der Zustand desselben hat sich im wesentlichen nicht geändert. Am 29. Juni abends 11 Uhr erkrankte Patient plötzlich mit grosser Hitze, starken Schmerzen im Hinterkopfe, besonders in der Gegend des rechten Ohres. Patient fühlte sich schwer krank und musste Eisumschläge machen. Am 10. Juli war das Gehör auf dem rechten Ohre vollständig erloschen, einige Tage später trat eine spontane Perforation des Trommelfells ein und es floss aus dem äusseren Gehörgang ungefähr 14 Tage lang Eiter ab.

Stat. praesens vom 8. September. Die Bewegungen der Augen sind normal, die Pupillen reagieren prompt. Kleinere Druckschrift kann Patient gar nicht mehr lesen; bei grösserem Druck liest Patient einige Zeilen anstandslos, dann wird es ihm schwarz vor den Augen und erst nach einigen Minuten kann er weiter

lesen. Auch klagt Patient über beständiges Flimmern, „als ob er ein Sieb vor den Augen hätte“. Der Farbensinn ist deutlich gestört. Mit dem linken Auge wird Dunkelgelb als Grünlich, Hellgelb als Gelb, Grün, Braun, Rot wird richtig, Hellblau, als Grau bezeichnet.

Mit dem rechten Auge wird Violett als rötlich, Hellrot als gelblich, Hellblau als Grün, Gelb als Grün bezeichnet, während Hellgelb und Blau richtig genannt werden. Das Gehör ist stark herabgesetzt; das Ticken der Uhr wird rechts garnicht, links nur in einer Entfernung von 5 cm gehört. Im rechten Trommelfell ist eine den ganzen hinteren oberen Quadranten einnehmende Perforationsöffnung wahrzunehmen.

Die Geschmacksempfindung ist auf beiden Zungenhälften sehr stark abgestumpft, Motilität ist ungehindert; der Händedruck, besonders rechts, stark herabgesetzt. Leichte Berührungen werden in der linken Gesichtshälfte schwächer empfunden als in der rechten, ebenso ist die Tastempfindung am linken Arm, am Rumpf und linken Bein herabgesetzt, am linken Fussrücken ganz erloschen.

Die Schmerzempfindung ist auf der ganzen rechten Körperhälfte stärker ausgeprägt als auf der linken; am linken Oberarm, Brust und Fussrücken vollständige Analgesie. Die Reflexe sind deutlich gesteigert.

Beim Öffnen des Mundes treten lebhafte klonische Zuckungen im Platysma und in der Gesichtsmuskulatur auf.

Fall II.

M. S., 43 Jahre alt, Maurer. Patient, in dessen Familie Nervenkrankheiten nicht vorgekommen sind und der mit Ausnahme einer Lungenentzündung, die er vor vielen Jahren überstanden hat, nie krank gewesen sein

will, giebt an, am 29. Mai 1889 in einem Steinbruch verunglückt zu sein. Als er mit aller Anstrengung einen schweren Stein aufzuheben versuchte, „krachte es einigemal in der rechten Seite und im Kreuze.“ Ein grosser Schreck und eine furchtbare Angst überkam ihn plötzlich. Patient fiel hin und konnte sich nur mühsam später wieder aufrichten. Das Bewusstsein hatte er nicht verloren, auch mit Ausnahme leichterer Hautabschürfungen am linken Unterarm sich keinen äusserlichen Schaden zugefügt. Auf dem Wege nach seiner Wohnung spürte er starke Schmerzen im Kreuz und musste sich mehrmals ausruhen. Er legte sich zu Hause sofort nieder, verliess aber nach 3 Tagen das Bett, um, wie er sich ausdrückte, „durch Umhergehen die Beine wieder einzurichten und die Schmerzen im Kreuz wieder los zu werden.“ Patient bemerkte sofort, dass die Kraft des rechten Armes und des rechten Beines eine bedeutend geringere war, ausserdem stellte sich ein pelziges Gefühl ein, das, wenn auch in geringerem Masse als auf der rechten Seite, sich bald auf die linke Hand ausdehnte. Dabei ist das Schmerzgefühl auf der ganzen rechten Seite so stark herabgesetzt, dass Patient z. B. mit der rechten Hand heftig gegen eine Tischkante schlagen kann, ohne einen geringsten Schmerz dabei zu empfinden; das gleiche gilt vom Beine. Die Muskelkraft des rechten Armes war ziemlich verloren gegangen, so dass Patient keine schwere Arbeit mit demselben verrichten konnte; auch der linke Arm hat gegen früher etwas von seiner Kraft verloren. Das Gehen verursacht dem Patienten starke Schmerzen; er kann nur kleine Strecken zurücklegen. Die Beine werden schnell müde, beginnen zu zittern; dabei verspürt er einen starken Schmerz im Rücken und in der rechten Seite. Sehr häufig tritt auch, selbst beim ruhigen Liegen ein reissender Schmerz in den Beinen auf, der von der Hüfte ausgehend, bis in die Fussspitze ausstrahlt und so heftig wird, dass die Beine krampfhaft

zusammengezogen werden. Während anfangs nach der Verletzung keine Kopfschmerzen vorhanden waren, sind diese seit einigen Monaten auf der rechten Seite aufgetreten, auch Schwindelanfälle beim Gehen und Stehen, die besonders stark werden beim Versuche, sich im Bett aufzurichten. Im rechten Auge treten häufig Schmerzen auf; das Gehör ist auf beiden Ohren schlechter geworden. Ferner klagt Patient darüber, dass er vergesslich geworden, was er früher nicht war. Er befindet sich stets in einer gereizten Stimmung, ärgert sich über das geringste und kann infolgedessen mit seiner Familie nicht mehr so gut auskommen, wie früher. Der Appetit ist gering; Erbrechen hat Patient nie gehabt, häufig aber bitteres Aufstossen.

Auch der Geschmack ist anders geworden und lange nicht mehr so scharf wie früher. Der Stuhlgang ist meist angehalten; das Wasserlassen ist erschwert, Schmerzen sind dabei nicht vorhanden aber ein starker Tenesmus. Patient kann nur wenig schlafen, fühlt sich immer müde und unfähig etwas zu thun. Auffällig ist seine starke Abmagerung.

Status praesens 1. März 1890.

Patient ist in seinem Ernährungszustand bedeutend zurückgeblieben (112 gegen 150 Pfund). Intelligenz, mimischer Gesichtsausdruck und Sprache entsprechen seinem deprimirten Gemütszustande. Patient kann allein gehen, geht dabei aber breitbeinig mit langsamen, schlurrenden Schritten (ähnlich dem spastisch paretischen Gange.) Die Patellarreflexe sind beiderseits ungemein lebhaft und lassen sich auch von der Innenseite der Tibia auslösen; auch die Adductorenreflexe sind beiderseits lebhaft. Das Fussphänomen ist rechts ganz deutlich vorhanden, links nur angedeutet. Der Achillessehnenreflex ist sehr lebhaft; bei Beklopfen der Sehne treten starke Zuckungen in den Adductoren des Oberschenkels auf. Durch Her-

abziehen der Patella kann man rechts einen deutlichen Klonus im Quadriceps auslösen. An den Lendenwirbeln, am Kreuzbein ist keine Formveränderung nachzuweisen; auch in den Lumbalgegenden ist keine Druckempfindlichkeit vorhanden. Die Kraft im rechten Arm ist bedeutend abgeschwächt, die Sehnenreflexe in beiden Armen ungemein lebhaft.

Bei der Prüfung der Sensibilität ergiebt sich, dass die Tastempfindung an der ganzen rechten Körperhälfte schwächer ist als links; am rechten Unterschenkel ist sie ganz aufgehoben. Rechts ist vollständige Analgesie vorhanden, so dass man mit einer langen Nadel Hautfalten durchstechen kann, ohne dadurch den geringsten Schmerz hervorzurufen. Der Farbensinn ist für „Blau" und „Grün" aufgehoben, der Geschmack ist stark abgestumpft.

Fall III.

J. R., Dienstknecht, 25 Jahre alt.

Anamnese. Patient giebt an, früher niemals krank gewesen zu sein; eine heriditäre Belastung ist nicht nachzuweisen. Am 5. Juni 1889 wurde er von 4 Burschen überfallen und derart auf den Kopf geschlagen, dass er eine Viertelstunde lang bewusstlos lag. Die Kopfhaut selbst war nicht verletzt, nur blutunterlaufen. Patient musste $4^1/_2$ Wochen das Bett hüten; nach Angabe seines Arztes soll er Gehirnerschütterung gehabt haben. Eine Lähmung war nie aufgetreten. Seit jener Verletzung klagt Patient besonders über Stirnkopfschmerz, der sich bei angestrengter Arbeit und bei Witterungswechsel steigert, über Mattigkeit, leichte Ermüdung und Gedächtnissschwäche. Um ein Zeugniss über seinen Zustand zu bekommen, sucht Patient die Klinik auf.

Status praesens 30. April 1890.

Mittelgrosser Mann mit mässig entwickelter Mus-

kulatur und geringem Fettpolster, stark abgemagert. 117, : 128 Pfund. Bei Beklopfen des Kopfes ist die Glabella und die Gegend rechts von derselben stark schmerzhaft; die Sensibilität in dieser Gegend normal. Die Bewegungen der Augen sind normal, die Pupillen reagieren prompt. Patient klagt darüber, dass ihm die Augen ermüden, wenn er längere Zeit liest oder einen Gegenstand längere Zeit betrachtet. Eine Abnahme der centralen Sehschärfe ist nicht nachzuweisen. Das Gehör ist seit der Verletzung entschieden schwächer geworden, so dass lautes Sprechen nur in unmittelbarer Nähe gehört wird.

Farbensinn, Geruch und Geschmack sind völlig normal.

Percussion und Auscultation der Brustorgane ergiebt normale Verhältnisse.

Die Patellarreflexe sind deutlich gesteigert, Haut-, Bauchdecken und Cremasterreflexe sind ebenfalls sehr lebhaft. Bei der Prüfung der Sensibilität findet man eine entschiedene Herabsetzung der Schmerzempfindlichkeit an beiden Vorderarmen.

Patient hielt sich nur wenige Tage zur Begutachtung in der Anstalt auf.

Fall IV.

H. H., 43 Jahre alt, Wagner.

Anamnese. Patient giebt an, früher ganz gesund gewesen zu sein. Im Feldzuge 1871 wurde er durch einen Hufschlag, der den untern linken Rippenrand, besonders die Milzgegend traf und den linken Ellenbogen verletzte, zu Boden geworfen und blieb eine halbe Stunde bewusstlos liegen. Als er erwachte, empfand Patient an der verletzten Stelle sehr heftige Schmerzen, fühlte sich sehr matt und wurde sofort in militärärztliche Behandlung genommen, in welcher er sieben Wochen verblieb.

Nach Ablauf dieser Zeit wurde er untauglich zum Militärdienst erklärt und entlassen. Als er sein Geschäft als Wagner wieder begann, 1872, verspürte Patient immer heftige, quälende Schmerzen an der Stelle der Verletzung in der Milzgegend, die in den ganzen Körper austrahlten und so stark wurden, dass sie ihn zwangen, die Arbeit niederzulegen. Patient konnte sich nicht bücken, konnte aber auch nicht gerade stehen, ermüdete leicht und fühlte sich immer matt. Diese Beschwerden nahmen stetig zu, so dass er seit 1880 in beständiger ärztlicher Behandlung steht. Seit ungefähr 4 Jahren gesellten sich zu diesen Schmerzen noch starke, zeitweise auftretende Schwindelanfälle und Kopfschmerzen; „es wurde ihm häufig sehr übel, dann drehte es ihn herum, so dass er sich niederlegen musste.“ Das Gehör ist schlechter geworden; zeitweise hört Patient auf dem linken Ohre gar nicht, auch klagt er häufig über starkes Ohrensausen. Die Sehkraft hat bedeutend abgenommen; Patient kann nicht mehr lesen, da ihm „die Augen übergehen und ein beständiges Flimmern vor denselben ihn quält.“ Das Gedächtniss ist auch schwächer geworden, so dass er sich auf bekannte Personen und Namen nicht mehr besinnen kann.

Status praessens 17. Juli 1890.

Patient ist kräftig gebaut, mit blassgelblicher Hautfarbe und etwas schlaffer Muskulatur.

Im Facialisgebiet ist keine Störung nachzuweisen. Die Augenbewegung geschieht, ebenso wie die Reaktion der Pupillen normal. Die Zunge wird gerade vorgestreckt und ist leicht belegt. Auf dem linken Ohr leichte Schwerhörigkeit.

Am hinteren aufsteigenden Aste des linken Rippenbogens, der 9. Rippe entsprechend findet man eine länglich ovale $1^1/_2$ cm. lange, 1 cm breite, oberflächliche mit der Unterlage nicht verwachsene Narbe, die auf stärkeren Druck sehr schmerzhaft ist. Die Auscultation und Per-

cussion der Brustorgane ergiebt überall normale Verhältnisse. Die Sehnenreflexe sind normal.

Bei der Prüfung der Sensibilität findet man die Tastempfindung und Schmerzempfindlichkeit auf der Narbe und in der Umgebung derselben deutlich herabgesetzt. Kälte und Wärmeempfindung ist ebenfalls herabgesetzt, für stärkere Kälte und Wärmegrade jedoch noch erhalten.

Zucker und Kochsalz werden gut erkannt, während Chinin erst nach längerer Zeit als etwas bitter empfunden wird.

Geruch und Farbensinn sind normal. Die Kraft der Arme ist ziemlich stark herabgesetzt; die Messung mit dem Dynamometer ergiebt rechts 15 und links 21 kg.

Fall V.

A. G., 35 Jahre alt, Tagelöhner.

Anamnese. Patient, dessen einer Bruder vor 6 Jahren geistig gestört war und auch jetzt noch öfters Anfälle hat, will früher stets gesund gewesen sein. Am 20. Dezember $^3/_4$4 Uhr wurde Patient bei der Arbeit von einer Riemenscheibe, die rasch rotierte, an die linke Stirn getroffen. Als er das Blut herabfliessen fühlte, bekam er einen heftigen Schreck, wurde jedoch nicht ohnmächtig, sondern begab sich gleich zu einem Arzt. Auf dem Wege zu demselben stürzte er 2 mal zu Boden. Nach Ablauf von 4 Wochen war die Wunde geheilt, aber Patient fühlte sich sehr matt und musste deshalb fast $^1/_4$ Jahr das Bett hüten. Als er dann die Arbeit in der Giesserei (in der er auch verunglückt war) wieder aufnehmen wollte, wurde ihm beim Bücken und bei der Hitze schwindlich, dass er die Arbeit aufgeben musste. Er versuchte es darauf mit anderer Arbeit und liess sich in einer Ziegelei beschäftigen; doch auch dort wurde er bei jeder Arbeit, die er angreifen wollte, schwindlich

und matt und hatte stets ein lästiges, spannendes Gefühl in der Stirn. Infolge dessen macht sich Patient grosse Sorgen über seine Arbeitsunfähigkeit und ist sehr deprimirt.

Status praesens 25. Juni 1890.

Kräftig gebauter Mann mit gut entwickelter Muskulatur, mässigem Fettpolster. Über dem linken Stirnhöcker eine etwa 3 cm lange, quer verlaufende, glatte, bläulich verfärbte Narbe, die nach allen Seiten frei verschieblich und mit dem Knochen nirgends verwachsen ist. Auf Druck ist dieselbe ungemein schmerzhaft. Die Umgebung der Narbe ist reactionslos. Auf dem linken Scheitelbein 1 cm oberhalb der Haargrenze eine Pfennigstück grosse auf Druck schmerzhafte Narbe; eine gleich schmerzhafte, leicht eingezogene Narbe auf dem rechten Scheitelbein. Die Bewegungen der Augen sind normal, ebenso die Reaction der Pupillen und der Farbensinn. Auffällig ist ein fast beständiges Blinzeln. Geschmack und Geruch normal. Die Hörschärfe ist auf beiden Seiten deutlich herabgesetzt. Percussion und Auscultation der Brustorgane ergiebt normale Verhältnisse. Bei der Prüfung der Reflexe findet man den Patellarsehnenreflex, Fussohlen, Bauchdecken und Cremasterreflexe sehr lebhaft.

Schmerzempfindung ist links deutlich gegen rechts herabgesetzt. Temperatursinn und Muskelsinn völlig intact.

Patient klagt über spannenden Schmerz an der Stirn, über Schwindelgefühl beim Heben und raschen Gehen.

Aus den eben angeführten Krankengeschichten sieht man leicht, wie wechselnd und mannigfaltig die Symptomatologie dieser Krankheitszustände ist. Andererseits lassen sich aber wieder gewisse Symptome aus diesem bunten Krankheitsbilde aussondern, die gewissermassen

als Kernsymptome fast in allen Fällen in den Vordergrund treten und von einer Summe von anderen Krankheitserscheinungen begleitet werden.

Halten wir an der Bezeichnung „traumatische Neurose“ fest, so müssen wir uns die Frage vorlegen, ob das körperliche Trauma als solches, oder der das Trauma fast regelmässig begleitende Schreck, als ursächliches Moment für die spätere Erkrankung aufzufassen ist. Unzweifelhaft ist ein Trauma, welches das Centralnervensystem getroffen, ohne gröbere anatomische Läsionen hervorzurufen, imstande, auch schwere functionelle Störungen zu bewirken, jedoch hat auf die spätere Entwickelung der Krankheit einen viel wesentlicheren Einfluss der das Trauma meistens begleitende Schreck. Wie ich bereits oben erwähnt habe, ist es das wesentliche Verdienst Riglers gewesen, als erster die Aufmerksamkeit der Ärzte auf dieses psychische Moment gelenkt zu haben. Auch in unseren Fällen hat das psychische Trauma eine wesentliche Bedeutung (Fall II., V.) Ja den Fall II können wir sogar als „traumatische Neurose ohne Trauma“ bezeichnen und daraus ersehen, dass das psychische Moment allein die Veranlassung zur späteren Erkrankung gab. In Fall I. und III. jedoch war die Einwirkung der verletzenden Gewalt eine so heftige, dass die Patienten wie bei der eigentlichen Commotio cerebro spinalis längere Zeit bewusstlos lagen.

Bevor ich nun zur Schilderung der wesentlichsten Symptome der traumatischen Neurose übergehe, muss ich noch eines für die Ätiologie der Krankheit sehr wesentlichen Punktes gedenken, der auch in der Ätiologie aller Neurosen eine wichtige Rolle spielt, nämlich: der allgemeinen nervösen Disposition. In sämtlichen oben angeführten Fällen konnte eine erbliche nervöse Belastung nicht nachgewiesen werden; es waren vor der Verletzung gesunde, kräftige Männer, die nie ein Zeichen einer ner-

vösen Störung dargeboten hatten. Auch andere Autoren, die über ein reiches Beobachtungsmaterial zu verfügen hatten, geben dasselbe an; so fand Oppenheim unter 38 Fällen nur 2mal Epilepsie in der Familie der Verletzten. Dagegen soll nach Rigler der Alkoholismus eine Praedisposition schaffen. Bei unseren Fällen konnte dieses Moment mit Sicherheit ausgeschlossen werden.

Wenn ich nun die wesentlichsten Symptome der Krankheit hervorheben soll, so ist das am meisten in die Augen springende und fast das ganze Krankheitsbild beherrschende Symptom, die nach der Verletzung in den meisten Fällen auftretende Veränderung der Psyche. Die Patienten, die früher, was ihr geistiges Verhalten anlangte, völlig normal waren, werden missmutig, verstimmt, reizbar. (Fall I. und II.) Früher heiter und vergnügte Leute, die an ihrer Umgebung und an allen Ereignissen ein lebhaftes Interesse nahmen, zeigen ein gedrücktes Wesen, das sich auch in ihrem Gesichtsausdruck wiederspiegelt, sie werden gleichgiltig, mürrisch und traurig (Fall I.) Die geringste Kleinigkeit kann bei ihnen die lebhaftesten Zornesäusserungen hervorrufen; diese gereizte Stimmung stört ihr ganzes Familienglück; sie können mit ihrer Familie nicht mehr auskommen. (Fall II.) Die Erinnerung an den erlittenen Unfall ist sehr lebhaft und beherrscht fasst den ganzen Gedankenkreis der Kranken. Während sie gewöhnlich still und wortkarg sind, werden sie lebhaft, wenn sie von ihrem Unfall zu erzählen anfangen. Dabei übertreiben sie häufig und suchen dadurch, dass sie die erlebten Scenen in den grellsten Farben schildern, das Mitleid ihrer Umgebung zu erwecken. Die Erinnerung an den erlittenen Unfall und an seine Schrecken verfolgt die Patienten auch im Schlaf; aufgeregt und unruhig werfen sie sich im Bette umher, ohne einschlafen zu können, oder sie werden nach nur kurzem Schlaf durch beängstigende Träume erweckt. (Fall I. und II.)

Als ein wesentliches Symptom beobachteten wir fast regelmässig eine deutliche Abschwächung des Gedächtnisses. Gegenstände, die die Patienten vor kurzer Zeit an irgend einem Platze aufbewahrt haben, können sie nicht mehr finden. (Fall I.) Auf Namen von Personen, mit denen sie der tägliche Verkehr in Berührung bringt, können sie sich nicht mehr besinnen (Fall II. u. IV). Aufträge werden vergessen; der Inhalt der Lectüre, die sie vor ganz kurzer Zeit gelesen haben, wird nicht mehr behalten.

Wir sehen also, dass eine reine Psychose meistens nicht vorliegt, sondern müssen mit Oppenheim sagen: „dass es hypochondrische, melancholische, hysterisch-psychische Krankheitserscheinungen sind, die sich mit einander combiniren und von denen bald dieses, bald jenes Element mehr in den Vordergrund tritt.“

Dazu treten häufig cerebrale Erscheinungen auf. Flimmern vor den Augen, das die Patienten hindert, längere Zeit zu lesen (Fall I. II. u. III.), lästiges Ohrensausen (Fall I.). Sehr häufig klagen die Kranken über Schwindelanfälle (Fall I., II., IV., V.), die besonders heftig werden, wenn die Patienten sich im Bett aufzurichten versuchen (Fall III.). Äusserungen, wie im Falle IV.: „es wird mir schwarz vor den Augen, es wird mir dann sehr übel, es dreht mich herum und ich muss mich niederlegen, wenn ich nicht fallen will“, hört man öfters von den Kranken. Auffallend ist auch der fast regelmässig auftretende Kopfschmerz (Fall I., II., III., IV., V.), der besonders intensiv bei Beklopfen des Kopfes mit dem Percussionshammer wird. (Fall I., III., V.

Wenden wir uns nun zur Besprechung der Motilitätsstörungen, so finden wir diese bei unseren Kranken besonders häufig an den Extremitäten. Eine vollständige Lähmung einer oder mehrerer Extremitäten lässt sich nur sehr selten nachweisen. Die ursprüngliche Kraft

in den Muskeln der verletzten Extremität scheint verloren gegangen zu sein. Deutliche Paresen (Fall I.) häufig auch Contracturen hindern die Kranken daran von ihren Gliedern Gebrauch zu machen. Häufig wird auch ein tremorartiges Zittern in den oberen Extremitäten (Fall I. u. II.), oft auch in den unteren Extremitäten und in der Gesichtsmuskulatur (Fall I.) beobahtet, welches immer heftiger wird, wenn die Kranken sich beobachtet glauben. Im Fall II. konnten wir durch kräftiges Herabziehen der Patella einen deutlichen Klonus im Quadriceps auslösen. Rumpf nennt diese fibrillären Zuckungen im Quadriceps eine „traumatische Reaction“ und legt derselben, als einem objectiven Symptom eine gewisse Bedeutung bei. In seiner Veröffentlichung in der Deutschen medicinischen Wochenschrift 1890 XVI, sagt er, dass er diese Zuckungen häufig nach Anstrengungen oder nach Abkühlung (Entblössung) auftreten sah. Er konnte sie auch besonders dadurch hervorrufen, dass er einen kräftigen faradischen Strom durch den Muskel leitete. Nach Aufhören des Stromes tritt nicht Ruhe ein, sondern man beobachtet noch längere Zeit ein Zucken einzelner Bündel.

Dadurch, dass die Kraft in den Muskeln der Extremitäten herabgesetzt ist, wird auch der Gang ein mühsamer und langsamer; die Patienten kommen nur langsam vorwärts, ermüden dabei sehr leicht. Häufig hat der Gang grosse Ähnlichkeit mit dem sogenannten spastisch-paretischen Gange. (Fall II.)

Einen wesentlichen Einfluss auf die Behinderung der Motilität haben auch die heftigen Schmerzen, die namentlich im Kreuz und in der Hüfte auftreten und von dort nach allen Seiten ausstrahlen, so dass die Patienten eine jede Bewegung in der Wirbelsäule und im Kreuz zu vermeiden suchen. (Fall I. u. II.)

Ein weiteres wichtiges Moment für die Diagnose ist das Auftreten eigentümlicher Störungen der Sensi-

bilität und der Sinnesfunctionen; doch lassen sich für die ersteren keine bestimmten Regeln aufstellen, da sie ziemlich regellos und in den mannigfachsten Abstufungen vorkommen. Während wir in einigen unserer Fälle eine deutliche Hyperaesthesie an den Stellen nachweisen konnten, die von der Verletzung betroffen worden waren, (Fall III.) finden wir z. B. im Fall IV. eine deutliche Anaesthesie. Oft sehen wir eine vollständige Hemianaesthesie auftreten, namentlich in den Fällen, in denen nur eine Extremität von der Verletzung getroffen wurde, und zwar tritt hier Hemianaesthesie dann immer an der von der Verletzung getroffenen Seite auf. Paraesthesien kommen in den verschiedensten Arten vor. Der Patient im Fall I. hat beim Gehen das Gefühl, als ob er sich immer auf Sand bewegen würde; im Fall II. klagt Patient über taubes und pelziges Gefühl in den Händen.

Trophische Störungen konnten wir in keinem Falle beobachten; dagegen berichtet Stepp in der Deutsch. med. Wochensch. 1889, XV. 2 Fälle von traumatischer Neurose, bei welchen die Kopf- und Barthaare teils ausfielen, teils grau wurden, und die Gesichtshaut ein greisenhaftes Aussehen bekam.

Dabei ist auch die Schmerzempfindung in den meisten Fällen deutlich herabgesetzt, besonders beim Vergleich der kranken Seite mit der gesunden, häufig ist sie sogar völlig aufgehoben. Beim Patient im Fall I. ist fast auf der ganzen linken Körperhälfte vollständige Analgesie vorhanden. Im Fall II. kann Patient mit der rechten Hand fest gegen eine Tischkante schlagen, ohne dabei Schmerz zu empfinden; dasselbe gilt vom rechten Bein. Bei demselben Patienten kann man auf der ganzen rechten Körperhälfte mit einer langen Nadel dicke Hautfalten durchstechen, ohne die geringste Schmerzäusserung dadurch hervorzurufen. Eine deutliche Analgesie finden wir auch im Fall III. u. V.

Wenden wir uns nun zur Besprechung der Störungen der Sinnesfunktionen, so können wir solche in mehr oder minder schwerem Grade bei den meisten Patienten nachweisen. Wohl die häufigste Klage der Kranken ist eine Abschwächung der Sehkraft, neben Hyperaesthesien der Augen (Fall I., II.). Flimmern, Blendungsgefühl, Verschwommensein der Buchstaben beim Lesen, leichte Ermüdung der Augen treten häufig auf. (Fall I,, II., III. IV.) Im Fall I. konnte eine deutliche concentrische Gesichtsfeldeinengung durch genaue Untersuchung nachgewiesen werden. Auch die Farbenempfindung ist öfters gestört. Im Fall I. ist für das linke Auge nur die Farbenempfindung für Rot, für das rechte Auge nur für Hellgelb und Blau erhalten. Dieselbe Störung, aber nicht so stark ausgeprägt finden wir in Fall II.

In fast allen Fällen ist die Hörfähigkeit stark herabgesetzt (Fall I., III., IV., V.) so dass das Ticken der Uhr nur in unmittelbarer Nähe gehört wird. Dies stimmt auch mit den Beobachtungen Baginskys überein, der in der Berliner klinischen Wochenscrift 1888, XXV fünf Fälle von traumatischer Neurose veröffentlicht, in welchen er dem Verhalten des Gehörorgans seine besondere Aufmerksamkeit gewidmet hat. Er fand die Störungen häufig nur auf einer Seite, obgleich eine genaue Untersuchung das Ergriffensein beider Seiten zeigte. Als constantes Symptom bestand progressive Schwerhörigkeit, ausserdem wurde von einigen Kranken über Sausen, Klingen und Zischen, sowie über zeitweilig auftretende, von einem Ohr zum andern ziehende Schmerzen geklagt.

Paraesthesien im Bereiche der Geschmacks- und Geruchsempfindungen konnten wir häufig nachweisen. Asa foetida, Oleum menthae, Ammoniak werden mit dem Geruchssinn, Chinin, Natr. chloratum, Zucker

werden mit dem Geschmackssinn entweder garnicht oder nur minimal wahrgenommen (Fall I., II., IV.).

Es erübrigt uns jetzt nur noch mit wenigen Worten das Verhalten der Reflexe zu erwähnen. Während die Hautreflexe entsprechend der Gefühlsabstumpfung häufig fast ganz erloschen sind, finden wir sie zuweilen (Fall III) auch lebhaft gesteigert. Die Sehnenreflexe sind in den meisten Fällen erhöht.

Was nun das Allgemeinbefinden der Kranken anlangt, so ist es nicht zu verwundern, wenn dieselben bei dem oben geschilderten psychischen Verhalten bei der auffallenden Mattigkeit und Appetitlosigkeit in ihrem Ernährungszustande stark zurückbleiben.

So sehen wir, dass der Patient im Fall II 38 Pfund an seinem Körpergewicht in kurzer Zeit verloren hat. Auch in Fall III magerte Patient stark ab.

Es sei mir gestattet, die Besprechung des Verlaufs, der Prognose und der Therapie der traumatischen Neurose hier zu übergehen.

Nachdem ich nun so an der Hand unserer Fälle und nach den Erfahrungen, die ich mir durch das Studium der einschlägigen Litteratur gesammelt habe, noch einmal in grossen Zügen den Symptomencomplex geschildert habe, glaube ich, dass wir mit vollem Rechte daran festhalten dürfen, dass die sogenannte „traumatische Neurose“ ein eigenes Krankheitsbild darstellt. Um noch einmal kurz unsere Auffassung zu skizziren, müssen wir folgende schon oben erwähnten Sätze aufstellen:

1. Nach schweren Erschütterungen und Verletzungen sehen wir häufig ein charakteristisches Krankheitsbild auftreten, das mit der Neurasthenie und der schweren Hysterie, zugleich aber auch mit gewissen Psychosen (Melancholie, Hypochondrie,) eine grosse

Ähnlichkeit hat und welche wir am besten mit dem Namen der „allgemeinen traumatischen Neurose“ bezeichnen können. Neben dem gewaltigen psychischen Trauma hat auch jedenfalls auf die Entstehung der Krankheit das materielle Trauma einen entschiedenen Einfluss. Betrachten wir den Gesamtverlauf der Krankheit, so müssen wir es doch für möglich halten, dass durch die materielle Erschütterung feinere moleculare Veränderungen entstehen können, die wir aber bei dem heutigen Stande der Wissenschaft weder makroskopisch noch mikroskopisch nachweisen können. Wir müssen daher die Worte Erbs in seinem Lehrbuch der Rückenmarkskrankheiten als für zu Recht bestehend halten:

„dass der anatomische Befund bei der Commotion des Rückenmarks wesentlich ein negativer ist. Es ist demnach die am meisten verbreitete Ansicht, dass es sich bei der Commotion nur um moleculare Veränderungen in den feinen Nervenelementen handle, die entweder eine völlige Funktionslähmung derselben bedingen, oder die Anfänge zu weiteren Ernährungsstörungen setzen.“

2. Nach Verletzungen, die nur ein Glied treffen, treten in demselben schwere nervöse Störungen auf, die sich durch Anaesthesie oder Hyperaesthesie, durch Paresen und Tremor kennzeichnen und auf rein centralen Störungen beruhen. Dabei kann auch die Psyche verändert sein. Man bezeichnet diese Fälle am besten als „locale traumatische Neurosen.“ Häufig jedoch lassen sich die allgemeinen traumatischen Neurosen nicht von den localen trennen, denn man sieht oft, dass nach nur geringen Verletzungen, die nur ein Glied treffen, die heftigsten Symptome auftreten, während umgekehrt oft schwerere Verletzungen nur leichtere Erkrankung hervorrufen.

Dies ist die Anschauung, die wir von dem Krankheitsbilde haben. In neuester Zeit nun hat sich eine

Gegenströmung dahin bemerkbar gemacht, dass verschiedene Autoren zu der alten von Charcot aufgestellten Theorie zurückkehrten und erklärten, dass der oben geschilderte Symptomencomplex der traumatischen Neurose kein scharf begrenzter sei, und dass daher alle derartigen Fälle mehr oder minder dem Gebiete der Hysterie zuzuzählen sein. Vor allem vertrat diese Ansicht Schultze in einem auf dem Berliner internationalen Congress gehaltenen Vortrage. Seiner Meinung nach müssen alle diejenigen Individuen, die von einer relativ geringfügigen äusseren Verletzung getroffen wurden und darauf schwere nervöse Störungen zurückbehalten haben, schon vor der Verletzung ein abnorm beschaffenes Nervensystem gehabt haben. Wir wollen gerne zugeben, dass man gerade in diesen Fällen leichter an eine sogenannte nervöse Disposition denken kann; doch wenn Schultze aus vereinzelten Fällen, in denen er ein vor der Verletzung schon bestehendes Magenleiden nachweisen konnte, das wohl auch gelegentlich zu psychischer Verstimmung und zur Depression führen kann, schliesst, dass das oben geschilderte Krankheitsbild zum grössten Teil eine Folge des primären Magenleidens sei, so können wir dieser Auffassung nicht beitreten. Ferner glaubt Schultze, dass bei Kranken, die nach einem Trauma über Ohrensausen, abnorme Geräusche im Kopf, über Schwindelgefühl klagen, die Beurteilung, ob nicht ein altes Ohrenleiden zu solchen Folgezuständen geführt hat, erschwert sei. Dass ein primäres Ohrensausen allmählich auch Schlaflosigkeit, deprimirte Stimmung, Melancholie erzeugen kann, ist leicht einzusehen. Doch da wir gerade Affectionen des Gehörorgans mit am häufigsten nach Verletzungen haben auftreten sehen, so glauben wir, dass nur vielleicht in den seltensten Fällen ein primäres Ohrenleiden die Veranlassung zu den Klagen gegeben hat. Ich erinnere dabei an die bereits oben citirten Beobachtungen Baginsky's, der in 5 Fällen von trau-

matischer Neurose progressive Schwerhörigkeit, lästiges Sausen, Klingen und Zischen, auch zeitweilig auftretende Schmerzen gefunden hat.

Im weiteren Verlauf des Vortrages bespricht Schultze nun die beiden Fragen:

1. Giebt es einen ganz eigentümlichen Symptomencomplex bei diesen nach einem Unfall entstehenden Neurosen, oder nicht?

2. Hat dieser Symptomencomplex eine scharfe Begrenzung?

Seiner Meinung nach giebt es wohl verschiedene, durch Traumen hervorgerufene Neurosen und Psychosen, aber kein eigentliches Krankheitsbild, das mit dem Namen „traumatische Neurose" belegt werden kann. Diese seine Ansicht begründete er dadurch, dass er die von Oppenheim und dessen Anhängern als charakteristisch angegebenen Symptome der partiellen oder ausgebreiteten Anaesthesien und der concentrischen Gesichtsfeldeinengung als nicht ausschlaggebend zurückweist. Schultze fand in 23 Fällen nur 3 mal ausgebreitete Anaesthesien. Nach unseren Beobachtungen, sowie nach anderen aus der Erlanger Klinik mitgeteilten Fällen und nach den grossen Zusammenstellungen Oppenheims konnte gerade dieses Symptom in den meisten Fällen mit grösster Sicherheit nachgewiesen werden, allerdings ist dieser Nachweis nicht immer leicht und kann erst nach den genauesten mehrmaligen Untersuchungen erbracht werden.

Was nun das zweite angegebene Symptom, die concentrische Einengung des Gesichtsfeldes anbetrifft, so möchten auch wir demselben, als einem objecktiven Symptom, nicht zu hohe Bedeutung beilegen, da dasselbe doch auch häufig durch das abnorme psychische Verhalten der Patienten bedingt wird.

Zum Schlusse meiner Arbeit will ich noch eines Punktes des Schultze'schen Vortrages Erwähnung thun, nämlich der Frage, der Simulation. Über die Anschauungen Riglers, der in 28 Fällen 8 mal Simulation sicher nachgewiesen und 14 mal dieselbe als sehr wahrscheinlich angenommen hat, sind wir jetzt hinaus, da Rigler einfach alle die Kranken, bei denen er keine Symptome einer Myelitis oder Meningomyelitis nachweisen konnte, für Simulanten hielt. Auch Schultze warnt, nicht zu leicht sogenannte hysterische Veränderungen anzunehmen, da er in 25 Fällen 8 Simulanten gefunden hat. Es war ja von vorne herein zu erwarten, dass, wenn einmal der Wert und die Bedeutung der einzelnen Symptome durch öffentliche Gerichtsverhandlungen nach Einführung des Haftpflichtgesetzes bekannt geworden sein werden, auch zum öfteren Simulation versucht werden würde. Meiner Meinung nach ist die Simulation lange nicht so häufig und kann oft bei exackter Untersuchung ausgeschlossen werden, zumal wenn Gelegenheit gegeben ist, den Kranken im Krankenhause zu beobachten. Man darf eben nicht schon mit dem Gedanken an das Krankenbett herantreten, einen Simulanten zu untersuchen. Unter 20 von Richard Schultze in seiner Inaugural-Dissertation aus der Erlanger medicinischen Klinik angeführten Fällen, sowie auch in den von mir veröffentlichten Fällen konnte trotz der genauesten Untersuchung kein Simulant nachgewiesen werden. Und wenn auch Schultze in 25 Fällen 8 Simulanten fand, so sprechen doch die anderen 17 Fälle zur Genüge für sich. Mit vollem Rechte meint daher Bruns, dass das Bestehenbleiben, speciell Schlimmerwerden der Krankheitserscheinungen nach voller Befriedigung aller Rechtsansprüche, das Vorhandensein derselben Symptome bei Kranken, die keine Entschädigungsansprüche stellen, und schliesslich öfters auch die Combination solcher functionellen Symptome mit organischen Erkrankungen bei ein und demselben Indi-

viduum für die Echtheit der mannigfaltigen subjectiven Symptome beweisend sind.

Zum Schlusse sei es mir gestattet, Herrn Prof. Dr. Strümpell für die freundliche Anregung zu dieser Arbeit und liebenswürdige Unterstützung bei der Abfassung derselben, sowie für die gütige Überlassung der Fälle meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Literatur.

Strümpell: Lehrbuch der speciellen Pathologie und Therapie Bd. II.

„ Über die traumatische Neurose Berliner Klinik. III.

Oppenheim H.: Die traumat. Neurosen Berlin 1889.

„ Archiv für Psychiatrie 1885.

„ Berliner klinische Wochensch. 1889, 9.

Eulenburg: Real-Encyklopaedie Bd. XVI.

Charcot: Annale d' Hygiène publique 3 Sèr. XXVI.

Erb: Lehrbuch der Rückenmarkskrankheiten.

Schultze, Friedr: Über Neurosen und Neuropsychosen nach Traumen. Vortrag im internationl. Congress Berlin Aug. 1890.

Schulze, Richard: Die traumat. Neurosen. Inaugural-Dissertation, Erlangen 1888.